DÔVERA
ZDRAVOTNÁ POISŤOVŇA

PRIHLÁŠKA POISTENCA NA VEREJNÉ ZDRAVOTNÉ POISTENIE

Kód poisťovne 2 | 4

1. POISTENEC

Identifikačné číslo poistenca[1] Evidenčné číslo prihlášky[1]

Rodné číslo Dátum narodenia Titul

Meno Priezvisko

Rod. priezvisko Pohlavie muž žena

Adresa trvalého pobytu (cudzinec vyplní aj časť č. 5)

Ulica Číslo

Mesto/obec PSČ

Telefón E-mail

Adresa prechodného pobytu (ak sa líši od adresy trvalého pobytu) / **kontaktná adresa** (vyplní cudzinec)

Ulica Číslo

Mesto/obec PSČ

Korešpondenciu a preukaz ZP žiadam zasielať na adresu: Trvalého pobytu Prechodného pobytu Preukaz prevezmem osobne

Žiadam o Európsky preukaz zdravotného poistenia Žiadam o prístup do elektronickej pobočky

2. ZAMESTNÁVATEĽ (vyplní zamestnanec)

Zamestnávateľ IČO

Ulica Číslo

Mesto/obec PSČ

3. DOPLŇUJÚCE ÚDAJE

Súčasná zdravotná poisťovňa: Všeobecná zdravotná poisťovňa, a.s. Union zdravotná poisťovňa, a.s. Príchod z cudziny

Novorodenec: Matka je poistenec Dôvery Matka nie je poistenec Dôvery Označenie poistenca podľa § 3*A

Platiteľ poistného v čase podania prihlášky: Samoplatiteľ SZČO Zamestnávateľ/zamestnanec Štát *B Typ dôchodku *C

4. ZÁSTUPCA POISTENCA (ktorý prihlášku podáva za poistenca)

Rodné číslo/IČO Meno, priezvisko/ názov, právna forma

Rodinná väzba (vzťah k poistencovi) Otec Matka Iné Označenie poistenca podľa § 6 *D

Ulica Číslo PSČ

Mesto/obec Telefón

5. VYPLNÍ LEN CUDZINEC

Štátna príslušnosť Pobyt na území SR do

Číslo ID karty alebo pasu Nezaopatrený rodinný príslušník podľa čl. 1 bod i) nariadenia EP a Rady č. 883/2004

Označením príslušného políčka a svojím podpisom ako dotknutá osoba/zástupca dotknutej osoby dávam obchodnej spoločnosti DÔVERA zdravotná poisťovňa, a. s., Einsteinova 25, 851 01 Bratislava, IČO: 35 942 436 podľa zákona č. 428/2002 Z. z. o ochrane osobných údajov v znení neskorších predpisov **súhlas** na:

spracovanie všetkých osobných údajov uvedených v tejto prihláške za účelom zasielania informácií súvisiacich s činnosťou zdravotnej poisťovne a jej propagáciou, o jej zmluvných partneroch a nimi poskytovaných službách a výhodách.

sprístupnenie osobných údajov o poskytnutej a plánovanej zdravotnej starostlivosti z účtu poistenca, vrátane údajov týkajúcich sa poskytovania zdravotnej starostlivosti poskytnutých dotknutou osobou/zástupcom dotknutej osoby v elektronickej pobočke poistenca ošetrujúcemu lekárovi dotknutej osoby prostredníctvom zabezpečenej zóny webovej stránky zdravotnej poisťovne.

Tento súhlas udeľujem na dobu neurčitú, do jeho písomného odvolania.

V . . . . . dňa . . . . . podpis dotknutej osoby/zástupcu dotknutej osoby

POTVRDENIE POISTENCA

Svojím podpisom potvrdzujem, že údaje, ktoré som v prihláške vyplnil(a), sú úplné, pravdivé a správne.

Podpis poistenca/zástupcu poistenca

Dátum vzniku verejného zdravotného poistenia/zmeny zdravotnej poisťovne

Dátum podania prihlášky Čas

POTVRDENIE POISŤOVNE[1]

Prihlášku za poisťovňu prevzal:

Meno a priezvisko Telefón

Interné číslo poisťovne Podpis

Dátum prijatia prihlášky[1] Čas

Dátum potvrdenia prihlášky[1]

Prihlášku prijal Pečiatka poisťovne a podpis oprávnenej osoby

[1] Vyplní poisťovňa, *A,B,C,D - vyplňte podľa vysvetliviek na str. 3 "Návod ako správne vyplniť prihlášku"

Zákaznícka linka 0850 850 850

Vzorové písmo: Polia vypisujte zľava. Píšte čitateľne čiernym alebo modrým prepisovacím perom podľa predtlačeného vzoru. Text nesmie presahovať predtlačený rámik. Súhlas zaškrtnite krížikom.

A Á B C Č D Ď E É F G H I Í J K L M N Ň O P Q R S Š T Ť U Ú V W X Y Ý Z Ž 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 X

DÔVERA zdravotná poisťovňa, a. s., Einsteinova 25, 851 01 Bratislava, IČO: 35 942 436, zapísaná v Obchodnom registri Okresného súdu Bratislava I, oddiel: Sa, vložka č. 3627/B.

Originál prihlášky.

DÔVERA+
ZDRAVOTNÁ POISŤOVŇA

PRIHLÁŠKA POISTENCA NA VEREJNÉ ZDRAVOTNÉ POISTENIE

Kód poisťovne 2 | 4

1. POISTENEC

Identifikačné číslo poistenca[1] Evidenčné číslo prihlášky[1]

Rodné číslo Dátum narodenia Titul

Meno Priezvisko

Rod. priezvisko Pohlavie muž žena

Adresa trvalého pobytu (cudzinec vyplní aj časť č. 5)

Ulica Číslo

Mesto/obec PSČ

Telefón E-mail

Adresa prechodného pobytu (ak sa líši od adresy trvalého pobytu) / **kontaktná adresa** (vyplní cudzinec)

Ulica Číslo

Mesto/obec PSČ

Korešpondenciu a preukaz ZP žiadam zasielať na adresu: ☐ Trvalého pobytu ☐ Prechodného pobytu ☐ Preukaz prevezmem osobne

☐ Žiadam o Európsky preukaz zdravotného poistenia ☐ Žiadam o prístup do elektronickej pobočky

2. ZAMESTNÁVATEĽ (vyplní zamestnanec)

Zamestnávateľ IČO

Ulica Číslo

Mesto/obec PSČ

3. DOPLŇUJÚCE ÚDAJE

Súčasná zdravotná poisťovňa: ☐ Všeobecná zdravotná poisťovňa, a.s. ☐ Union zdravotná poisťovňa, a.s. ☐ Príchod z cudziny

Novorodenec: ☐ Matka je poistenec Dôvery ☐ Matka nie je poistenec Dôvery ☐ Označenie poistenca podľa § 3*A

Platiteľ poistného v čase podania prihlášky: ☐ Samoplatiteľ ☐ SZČO ☐ Zamestnávateľ/zamestnanec ☐ Štát *B Typ dôchodku *C

4. ZÁSTUPCA POISTENCA (ktorý prihlášku podáva za poistenca)

Rodné číslo/IČO Meno, priezvisko/ názov, právna forma

Rodinná väzba (vzťah k poistencovi) Otec ☐ Matka ☐ Iné ☐ Označenie poistenca podľa § 6 *D ☐

Ulica Číslo PSČ

Mesto/obec Telefón

5. VYPLNÍ LEN CUDZINEC

Štátna príslušnosť Pobyt na území SR do

Číslo ID karty alebo pasu ☐ Nezaopatrený rodinný príslušník podľa čl. 1 bod i) nariadenia EP a Rady č. 883/2004

Označením príslušného políčka a svojím podpisom ako dotknutá osoba/zástupca dotknutej osoby dávam obchodnej spoločnosti DÔVERA zdravotná poisťovňa, a. s., Einsteinova 25, 851 01 Bratislava, IČO: 35 942 436 podľa zákona č. 428/2002 Z. z. o ochrane osobných údajov v znení neskorších predpisov **súhlas** na:

☐ spracovanie všetkých osobných údajov uvedených v tejto prihláške za účelom zasielania informácií súvisiacich s činnosťou zdravotnej poisťovne a jej propagáciou, o jej zmluvných partneroch a nimi poskytovaných službách a výhodách.

☐ sprístupnenie osobných údajov o poskytnutej a plánovanej zdravotnej starostlivosti z účtu poistenca, vrátane údajov týkajúcich sa poskytovania zdravotnej starostlivosti poskytnutých dotknutou osobou/zástupcom dotknutej osoby v elektronickej pobočke poistenca ošetrujúcemu lekárovi dotknutej osoby prostredníctvom zabezpečenej zóny webovej stránky zdravotnej poisťovne.

Tento súhlas udeľujem na dobu neurčitú, do jeho písomného odvolania.

V . . . . . dňa . . . . . podpis dotknutej osoby/zástupcu dotknutej osoby

POTVRDENIE POISTENCA

Svojím podpisom potvrdzujem, že údaje, ktoré som v prihláške vyplnil(a), sú úplné, pravdivé a správne.

Podpis poistenca/zástupcu poistenca

Dátum vzniku verejného zdravotného poistenia/zmeny zdravotnej poisťovne

Dátum podania prihlášky Čas

POTVRDENIE POISŤOVNE[1]

Prihlášku za poisťovňu prevzal:

Meno a priezvisko Telefón

Interné číslo poisťovne Podpis

Dátum prijatia prihlášky[1] Čas

Dátum potvrdenia prihlášky[1]

Prihlášku prijal Pečiatka poisťovne a podpis oprávnenej osoby

[1] Vyplní poisťovňa, *A,B,C,D - vyplňte podľa vysvetliviek na str. 3 "Návod ako správne vyplniť prihlášku"

Zákaznícka linka 0850 850 850

Vzorové písmo: Polia vypisujte zľava. Píšte čitateľne čiernym alebo modrým prepisovacím perom podľa predtlačeného vzoru. Text nesmie presahovať predtlačený rámik. Súhlas zaškrtnite krížikom.

A Á B C Č D Ď E É F G H I Í J K L M N Ň O P Q R S Š T Ť U Ú V W X Y Ý Z Ž 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 X

DÔVERA zdravotná poisťovňa, a. s., Einsteinova 25, 851 01 Bratislava, IČO: 35 942 436, zapísaná v Obchodnom registri Okresného súdu Bratislava I, oddiel: Sa, vložka č. 3627/B.

Kópia pre poistenca.

DÔVERA
ZDRAVOTNÁ POISŤOVŇA

PRIHLÁŠKA POISTENCA NA VEREJNÉ ZDRAVOTNÉ POISTENIE

Návod ako správne vyplniť prihlášku na verejné zdravotné poistenie

Ďakujeme, že ste sa rozhodli podať prihlášku do zdravotnej poisťovne DÔVERA. Aby sme Vám uľahčili jej vypĺňanie, rozdelili sme prihlášku do piatich častí. Vyplňte, prosím, časti 1 - 3. Ak podávate prihlášku ako zástupca poistenca (zákonný zástupca, ústav na výkon väzby alebo trestu, zdravotnícke zariadenie), vyplňte aj časť 4. Ak ste cudzinec, vyplňte, prosím, aj časť 5.

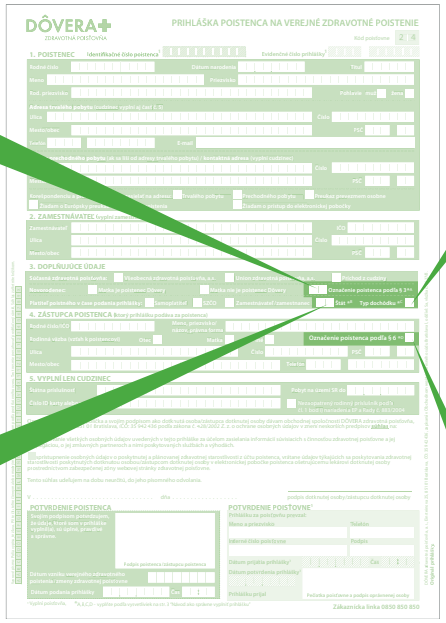
Na tejto strane nájdete vysvetlivky a pomôcky, ktoré Vám pomôžu prihlášku na verejné zdravotné poistenie vyplniť správne a za pár minút. Stranu odtrhnite a pri vypĺňaní postupujte podľa nej. K prihláške priložte potrebné doklady (ich zoznam nájdete v spodnej časti tohto návodu) a pošlite nám ju poštou na adresu: DÔVERA zdravotná poisťovňa, a. s., Cintorínska 5, 949 01 Nitra alebo ju odovzdajte osobne na ktorejkoľvek našej pobočke. Zoznam pobočiek nájdete na www.dovera.sk. V prípade akýchkoľvek otázok nám zavolajte na bezplatnú Zákaznícku linku 0850 850 850.

*A. Označenie poistenca podľa § 3 zákona č. 580/2004 Z. z. o zdravotnom poistení.

1 – osoba s trvalým pobytom na území SR
8 – osoba bez trvalého pobytu v SR a je zamestnaná v SR
9 – osoba bez trvalého pobytu v SR a je SZČO
12 – osoba bez trvalého pobytu v SR a je azylant
13 – osoba bez trvalého pobytu v SR a je zahraničný študent
14 – osoba bez trvalého pobytu v SR a je maloletý cudzinec bez zákonného zástupcu, ktorému sa poskytuje starostlivosť v zariadení
15 – osoba bez trvalého pobytu v SR a je cudzincom zaisteným v SR
16 – osoba bez trvalého pobytu v SR a je vo väzbe alebo vo výkone trestu odňatia slobody
17 – nezaopatrený rodinný príslušník z EÚ a narodený v EÚ

*B. Štát ako platiteľ poistného

Ak za Vás platí poistné štát, vyplňte kódy z nižšie uvedeného zoznamu.
01 – nezaopatrené dieťa
02 – zahraničný študent na základe medzinárodných zmlúv
03 – osoba, ktorá poberá dôchodok v SR alebo z iného členského štátu, okrem poberateľa vdovského, vdoveckého a sirotského dôchodku alebo osoba, ktorá poberá dôchodok z výsluhového zabezpečenia policajtov a vojakov, alebo dôchodok z cudziny alebo iného členského štátu, a nie je v ňom poistená
05 – osoba vedená v evidencii uchádzačov o zamestnanie
06 – osoba, ktorá poberá rodičovský príspevok
07 – osoba, ktorá sa osobne celodenne stará o dieťa do 6 rokov
08 – osoba, ktorá opatruje občana ŤZP alebo sa stará o blízku osobu bezvládnu alebo nad 80 rokov, ktorá nie je umiestnená v zdravotníckom zariadení alebo zariadení sociálnych služieb
10 – osoba poberajúca dávku v hmotnej núdzi a spoločne posudzovaná osoba
12 – osoba vo väzbe alebo vo výkone trestu odňatia slobody
13 – osoba, ktorá dosiahla dôchodkový vek a nevznikol jej nárok na dôchodok
14 – azylant
15 – osoba vykonávajúca pracovnú činnosť pre cirkevné, rehoľné alebo charitatívne spoločenstvo
16 – osoba umiestnená v zariadení sociálnych služieb alebo v zariadení na základe rozhodnutia súdu celoročne
18 – osoba invalidná, ktorej nevznikol nárok na invalidný dôchodok
19 – osoba poberajúca náhradu príjmu, ošetrovné, nemocenské, materské alebo nemocensky poistená a ošetrujúca určenú osobu
21 – osoba poberajúca peňažný príspevok na opatrovanie
22 – manželka alebo manžel zamestnanca, ktorý vykonáva štátnu službu v cudzine, alebo zamestnanca, ktorý podľa pracovnej zmluvy vykonáva práce vo verejnom záujme v zahraničí
23 – fyzická osoba, ktorá vykonáva osobnú asistenciu občanovi s ťažkým zdravotným postihnutím
24 – cudzinec zaistený na území SR
25 – osoba, ktorej zamestnávateľ poskytuje náhradu príjmu služobného platu policajta a vojaka
27 – študent doktorandského štúdia



*C. Typ dôchodku

1 – starobný
2 – invalidný
3 – výsluhový
4 – dôchodok z cudziny

*D. Označenie poistenca podľa § 6 zákona č. 580/2004 Z. z. o zdravotnom poistení.

Vypĺňa sa len v nižšie uvedených prípadoch, t. j.
1 – prihlášku podáva zákonný zástupca alebo iná fyzická osoba alebo právnická osoba, ktorej bol maloletý zverený do výchovy alebo ak bol poistenec pozbavený spôsobilosti na právne úkony
2 – prihlášku podáva poskytovateľ zdravotnej starostlivosti alebo zariadenie, ak zákonný zástupca nie je známy a maloletý poistenec je umiestnený v zdravotníckom zariadení ústavnej zdravotnej starostlivosti alebo v zariadení na základe rozhodnutia súdu
3 – prihlášku podáva poskytovateľ zdravotnej starostlivosti, ak ide o dieťa, ktorého matka písomne požiadala o utajenie svojej osoby v súvislosti s pôrodom
4 – prihlášku podáva za fyzickú osobu vo väzbe a fyzickú osobu vo výkone trestu odňatia slobody ústav na výkon väzby alebo ústav na výkon trestu odňatia slobody

DOKLADY POTREBNÉ NA PODANIE A ODOVZDANIE PRIHLÁŠKY PODĽA TYPOV POISTENCOV

Ak prihlášku poistenca podávate **osobne**, prosíme Vás, aby ste predložili na overenie údajov, resp. ak prihlášku zasielate **poštou**, aby ste k nej priložili aj **fotokópie** týchto dokladov:

a) novorodenec
- rodný list dieťaťa

b) osoba, ktorá mení zdravotnú poisťovňu
- rodný list dieťaťa, ak prihlášku podáva zákonný zástupca

c) cudzinec s trvalým pobytom mimo územia EÚ (zamestnanec, SZČO)
- doklad o udelení pobytu na území SR s uvedením rodného čísla
- pracovná zmluva, potvrdenie o zamestnaní, oprávnenie na vykonávanie činnosti (živnostenský list)

d) cudzinec, ak získal povolenie na trvalý pobyt v SR
- potvrdenie ohlasovne o pobyte na území SR
- povolenie na pobyt vydané cudzineckou políciou

e) cudzinec s trvalým pobytom v inom členskom štáte EÚ (zamestnanec, SZČO)
- pracovná zmluva, potvrdenie o zamestnaní
- informácia o zdravotnej poisťovni, v ktorej bol pred pobytom v SR poistený v EÚ
- oprávnenie na vykonávanie činnosti (živnostenský list)

f) cudzinec – študent
- potvrdenie o návšteve školy
- doklady z MŠVVaŠ SR o tom, že ide o poistenca na zabezpečenie medzinárodných zmlúv a záväzkov, ktorými je SR viazaná

Ďakujeme Vám za prejavenú dôveru. Zdravie je to najcennejšie, čo máme. Preto v DÔVERE robíme všetko pre to, aby Vaše zdravie bolo v tých najlepších rukách.